

2026 Prueba de Cobertura

BayCarePlus Premier (HMO)

H2235-003

Al Servicio de los Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de BayCarePlus Premier (HMO)

Este documento proporciona detalles de la cobertura para atención médica y de medicamentos de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y el costo compartido
- Nuestros beneficios de medicamentos y médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, **BayCarePlus Premier**, es ofrecido por BayCare Select Health Plans. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a BayCare Select Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **BayCarePlus Premier**.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

English

ATTENTION: If you speak any of the languages below, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (866)-509-5396 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (866)-509-5396 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole Kreyòl Ayisyen

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan (866)-509-5396 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

French Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le (866)-509-5396 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Greek Ελληνικά

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το (866)-509-5396 (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

German Deutsch

Muster einer Bekanntmachung über die Verfügbarkeit von Sprachassistentendiensten und Hilfsmitteln und -diensten (§ 92.11)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (866)-509-5396 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। (866)-509-5396 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Brazilian Portuguese Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para (866)-509-5396 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Italian Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' (866)-509-5396 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Vietnamese Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (866)-509-5396 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Tagalog Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa (866)-509-5396 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

العربية Arabic

كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تنبيه: . أو تحدث إلى مقدم الخدمة". (866)-509-5396 (TTY: 711) اتصل على الرقم بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً.

Russian РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (866)-509-5396 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Traditional Chinese 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電(866)-509-5396 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

Simplified Chinese 中文

注意：如果您說[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电(866)-509-5396（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Japanese 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます(866)-509-5396 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Es miembro de BayCarePlus Premier	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....	7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026.....	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan.....	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan.....	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos.....	19
SECCIÓN 1 Información de contacto de BayCarePlus Premier.....	19
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare	24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	25
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Medicaid.....	28
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	29
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	32
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos	34
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	34
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica.....	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención.....	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	43
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	44
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	46
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	47
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	49

Índice

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos .	51
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	114
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....		117
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de la Parte D.....	117
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del nuestro plan	118
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 122	
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	124
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	125
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 129	
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	131
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	133
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ...	134
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	135
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D		139
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	139
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de BayCarePlus Premier.....	142
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	142
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	144
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	144
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	149
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	149
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.		152
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	152
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	155

Índice

SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....	156
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		158
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales	158
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan..	165
CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....		167
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	167
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	167
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	168
SECCIÓN 4	Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	169
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	172
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	182
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	193
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	198
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....	202
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	206
CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan.....		210
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan	210
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	210
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	213
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	214
SECCIÓN 5	BayCarePlus Premier debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	214
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....		216
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	216

Índice

SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	216
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	217
CAPÍTULO 12: Definiciones		218

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de BayCarePlus Premier

Sección 1.1 Usted está inscrito en BayCarePlus Premier, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, **BayCarePlus Premier**. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Original Medicare.

BayCarePlus Premier es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo **BayCarePlus Premier** cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que obtenga de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en **BayCarePlus Premier** entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de **BayCarePlus Premier** después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan **BayCarePlus Premier** cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas que están encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para BayCarePlus Premier

BayCarePlus Premier está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o plan de medicamentos en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal también es importante que usted llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presentes en los Estados Unidos para ser miembro del plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a **BayCarePlus Premier** si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. **BayCarePlus Premier** debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tuviera una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de BayCarePlus Premier es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* (<https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>) enumera los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos cuando **BayCarePlus Premier** autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* que se soliciten en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* (<https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>) enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptaron surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en nuestra red del plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos de acuerdo con el beneficio de la Parte D incluido en **BayCarePlus Premier**. Nuestro plan, con la colaboración con médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de **BayCarePlus Premier**.

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite

Member.BayCarePlus.org o llame a Servicios para Miembros (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Para obtener más información, consulte la Sección 4.1.	\$49
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	\$2,900
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$25 de copago por visita
Hospitalizaciones	Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es el siguiente: \$175 de copago por día para los días 1 a 6 por cada estadía. \$0 de copago por día desde el día 7 en adelante por cada estadía.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$90 Salvo por los productos de insulina cubiertos de Nivel 1 y 2 y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel del medicamento 1: \$0 Nivel del medicamento 2: \$10 por suministro mensual. Nivel del medicamento 3: \$47 por suministro mensual. Para insulina: usted paga \$35 o el 25 % del costo de venta minorista estándar hasta \$35, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel del medicamento 4: 33 % del precio minorista estándar. Para insulina: usted paga \$35 o el 25 % del costo de venta minorista estándar hasta \$35, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel del medicamento 5: 32 % del precio minorista estándar. Para insulina: usted paga \$35 o el 25 % del costo de venta minorista estándar hasta \$35, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual del plan para **BayCarePlus Premier** es de \$49.

Si *ya* recibe ayuda de algunos de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura podría no aplicar a usted**. Le enviamos un documento separado, que se denomina *Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*, (también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda adicional y el Programa estatal de asistencia farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si reúne los requisitos, la inscripción en estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*, la sección titulada *2026 Medicare Costs (Costos de Medicare de 2026)*. Descargue una copia desde el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También podría tener que pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en **BayCarePlus Premier**, le informamos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para el plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no se consideran cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D,

nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (Prima base primaria del beneficiario). Para 2025, este monto de la prima es de \$38.99. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la primaria del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % por \$38.99, lo que equivale a \$5.4586. Esto se redondea a \$5.46. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes a saber con respecto a la multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la base primaria del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto

adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o del plan de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar nuestra prima del plan

Existen tres formas de pagar nuestra prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Si elige pagar con cheque, recibirá una factura mensual. Los cheques deben ser pagaderos a **BayCare Health Plans y enviados por correo a:**

BayCare Health Plans
P.O. Box 745367
Atlanta, GA 30374-5367

Los pagos mensuales deben recibirse a más tardar el primer día del mes que cubren. Los cheques deben ser pagaderos a BayCare Health Plans y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ni al HHS.

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

Si elige que los fondos se deduzcan directamente de su cuenta corriente, esto se denomina transferencia electrónica de fondos (EFT). Las primas se deducen de su cuenta bancaria el segundo día del mes para la cobertura del mes actual.

Nota: Cualquier saldo anterior adeudado se deducirá con la EFT del primer mes. Por ejemplo, la multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada para el mes de mayo se deducirá el 2 de mayo. Si el segundo día cae en un día no hábil, la multa por inscripción tardía de la Parte D se deducirá el siguiente día hábil. Si su EFT rechaza dos meses consecutivos, su opción de pago cambiará a pago directo y comenzará a recibir facturas. Su solicitud se procesará dentro de los 60 días hábiles de la recepción del cheque anulado devuelto.

Opción 3: Haga que las primas del plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Se puede deducir nuestra prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Acceda a su Portal para miembros para iniciar esta solicitud usted mismo o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de esta manera. Con gusto le ayudaremos iniciar el trámite. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contratapa de este documento).

*Puede tardar hasta 90 días en recibir la aceptación de la retención de la SSA o RRB. La SSA o RRB comenzará a hacer los descuentos en la fecha de aceptación. Recibirá una factura por cualquier mes anterior a la fecha de aceptación de la retención por parte de la SSA o RRB, que será su responsabilidad pagar. En circunstancias limitadas, es posible que Medicare no permita la opción de deducción de la SSA o RRB y que le indique al plan que le facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

Cambiar la forma en que paga la prima del plan. Si decide cambiar la forma por la que paga su prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su

método de pago, acceda a su Portal para miembros para iniciar esta solicitud usted mismo o comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir el pago de su prima del plan en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no se modificará durante el año?

No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, la parte de nuestra prima del plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, esta paga parte de nuestra prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar nuestra prima mensual del plan en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de Ayuda adicional.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, proveedor de atención primaria).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si es ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), Medicare establece si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga (el “pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término, (“pagador secundario”), solo paga si quedaron costos sin cubrir de la

cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de BayCarePlus Premier

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de **BayCarePlus Premier** (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para Miembros: información de contacto

Llame al	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
Fax	(877) 832-5757
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Información de contacto del Servicio al Cliente para medicamentos con receta de la Parte D

Llame al	(888) 741-5002 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día. Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
Fax	(858) 790-7100
Escriba a	BayCare Health Plans 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Cómo comunicarse para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto

Llame al	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
-----------------	--

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
Fax	(877) 832-5757 Decisiones de cobertura (877) 832-5755 Apelaciones
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	(888) 741-5002 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
Fax	(858) 790-7100 Decisiones de cobertura (858) 790-6060 Apelaciones
Escriba a	BayCare Health Plans 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

Llame al	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
Fax	(855) 964-0563
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre BayCarePlus Premier directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	(888) 741-5002 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
Fax	(858) 790-6060

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Escriba a	BayCare Health Plans 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre BayCarePlus Premier directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) y cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago de atención médica: información de contacto

Llame al	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
Fax	(877) 832-5757
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	(888) 741-5002 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, las 24 horas del día.
Fax	(858) 790-6060
Escriba a	BayCare Health Plans 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

SECCIÓN .2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame al	Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Medicare: información de contacto	
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none">• Obtener información sobre los planes de salud y plan de medicamentos de Medicare en su área, incluidos el costo y los servicios que brindan.• Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare.• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).• Obtener información y formularios de apelaciones de Medicare.• Obtener información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.• Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de BayCarePlus Premier. Para presentar una queja ante Medicare consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, el programa estatal de asistencia sobre seguro médico se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o tratamientos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

SHINE (programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Florida): información de contacto

Llame al	Número gratuito (800) 963-5337
TTY	(800) 955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	FloridaSHINE.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, análisis o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.

- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health: (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida): información de contacto

Llame al	1-888-317-0751 El horario de atención es de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, y de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del este, los fines de semana y feriados.
TTY	711
Escriba a	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/aboutus/contacts

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
----------	--

Seguro Social: información de contacto

TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas de Medicaid ofrecen ayuda a las personas con Medicare para pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas de ahorros, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias de Florida.

Departamento de Niños y Familias de Florida: información de contacto

Llame al	(850) 300-4323 De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
----------	--

Departamento de Niños y Familias de Florida: información de contacto

TTY	(800) 955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	ACCESS Central Mail Center P.O. Box 1770 Ocala, FL 34478-1770
Sitio web	MyFLFamilies.com

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) tiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Esta Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta de color púrpura para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional, llame:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar una solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales proporcionan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si desea obtener ayuda para obtener la mejor evidencia disponible o necesita información sobre cómo proporcionar la evidencia a BayCare Health Plans, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (866) 509-5396, TTY: 711.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea con cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado el copago y existe una deuda, pendiente, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Florida.

Nota: Para ser elegible para el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA para recibir asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA

HIV/AIDS Section 4052
Bald Cypress Way
Tallahassee, FL 32399

Teléfono: (850) 245-4422

Línea directa para VIH/SIDA de Florida:

Inglés: (800) 352-2437

Español: (800) 545-7432

TTY: (888) 503-7118

[FloridaHealth.gov/Diseases-and-Conditions/AIDS/ADAP/](https://www.floridahealth.gov/Diseases-and-Conditions/AIDS/ADAP/)

Plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos para puede ayudarlo a administrar lo que paga de su bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto

Llame al	(888) 741-5002 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Servicios para Miembros (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 749292 Atlanta, GA 30374-9292
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0”, para hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada y obtener información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE ((1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.

Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, **BayCarePlus Premier** debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

BayCarePlus Premier cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un proveedor de atención primaria) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor de atención primaria de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria de la red deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.
 - Las remisiones de su proveedor de atención primaria no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su proveedor de atención primaria, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. Estas son 3 excepciones:
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Es su responsabilidad obtener una aprobación por adelantado (remisión o autorización previa) de su proveedor de atención primaria o del plan de salud cuando corresponda antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que

paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (proveedor de atención primaria) para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

- Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (proveedor de atención primaria). Su proveedor de atención primaria es un médico o, en algunos estados, un enfermero practicante, que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, recibirá su atención básica o de rutina de su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que pueda consultar a un especialista, generalmente debe obtener primero la aprobación de su proveedor de atención primaria (esto se denomina obtener una remisión a un especialista). Su proveedor de atención primaria le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:
 - Radiografías.
 - Análisis de laboratorio.
 - Terapias.
 - Atención de médicos especialistas.
 - Admisiones hospitalarias.
 - Atención de seguimiento.

La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo evoluciona. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su proveedor de atención primaria

(como darle una remisión para ver a un especialista). En algunos casos, su proveedor de atención primaria deberá obtener nuestra autorización previa (preaprobación). Dado que su proveedor de atención primaria proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su proveedor de atención primaria.

¿Cómo elegir un proveedor de atención primaria?

Se le pedirá que seleccione un proveedor de atención primaria en el momento de la inscripción. Su selección se indica en el formulario de inscripción. Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, verifique primero para asegurarse de que su proveedor de atención primaria haga remisiones a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su proveedor de atención primaria están impresos en su tarjeta de identificación de miembro. Para obtener la lista más actualizada de los médicos participantes, visite Member.BayCarePlus.org.

Cómo cambiar su proveedor de atención primaria

Usted puede cambiar de proveedor de atención primaria por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el proveedor de atención primaria deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá buscar a un proveedor de atención primaria nuevo. Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, verifique primero para asegurarse de que su proveedor de atención primaria haga remisiones a ese especialista o use ese hospital.

Para cambiar su proveedor de atención primaria, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contratapa de este documento). **Los cambios de PCP entran en vigencia el primer día del mes siguiente. Las solicitudes de cambios retroactivos generalmente no se aprueban.** Cuando llame, asegúrese de informar a Servicio al Cliente si consulta a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su proveedor de atención primaria (como servicios de salud en el hogar, terapia para pacientes externos y terapia de rehabilitación cardíaca/pulmonar). Servicio al Cliente cambiará su registro de miembro para mostrar el nombre de su nuevo proveedor de atención primaria. También le enviarán una tarjeta de miembro actualizada con el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de atención primaria.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión del proveedor de atención primaria

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica inmediata (que no sea una emergencia), son servicios de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando, dadas las circunstancias de tiempo, lugar y situación, no resulta razonable recibir dicha atención a través de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias, (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera de nuestra área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Visitas dermatológicas cubiertas por Medicare de un proveedor de la red. Puede autoderivarse a un dermatólogo de la red hasta cinco veces por año calendario.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare de un proveedor de la red.
- Visitas de podología cubiertas por Medicare de un proveedor de la red.
- Visitas de salud conductual de un proveedor de la red.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (hay algunas excepciones; consulte la Sección 2.2 para obtener más información). Si no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar los servicios usted mismo.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su proveedor de atención primaria, especialista u otro proveedor de la red necesiten obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener una autorización previa). Para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4.

Si hay especialistas específicos que desea consultar, averigüe si su proveedor de atención primaria envía pacientes a estos especialistas. Cada proveedor de atención primaria del plan tiene ciertos especialistas del plan que utilizan para las remisiones. Esto significa que el proveedor de atención primaria que seleccione puede determinar los especialistas que puede consultar.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o resulte insuficiente para satisfacer las necesidades médicas, gestionaremos el acceso a cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de la red de proveedores, aplicando el mismo esquema de costo compartido dentro de la red. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Consulte con su proveedor de atención primaria antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, solo puede buscar atención de proveedores fuera de la red si alguna de estas situaciones se aplica a usted:

- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener la autorización previa del plan antes de buscar atención. Su proveedor de atención primaria de la red se comunicará con nosotros para obtener autorización para que usted busque atención de un proveedor fuera de la red. Si no tiene aprobación por adelantado antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar los servicios usted mismo.
- Necesita atención de emergencia o de urgencia.
- Recibe diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare mientras viaja fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a un proveedor de diálisis contratado.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del proveedor de atención primaria. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red. Además, puede obtener cobertura internacional de atención médica de emergencia cuando sea necesario. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro de su plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y cuando finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se

comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determinade que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, O
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia), es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio del plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera de nuestra área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

El *Directorio de proveedores y directorio de farmacias* incluye una lista de los Centros de atención de urgencias de la red en su área. También puede llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria. Incluso si el consultorio está cerrado, siempre habrá un médico de guardia para ayudarle. El número de teléfono de su proveedor de atención primaria figura en su tarjeta de miembro.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y atención de urgencia internacional fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cuando un miembro viaja fuera de los Estados Unidos y experimenta una necesidad médica de emergencia o urgencia.
- Medicare cubre el servicio de hospital, médico y ambulancia para pacientes hospitalizados médicamente necesario con admisión para emergencias médicas.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite Member.BayCarePlus.org para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BayCarePlus Premier cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Ese costo no cuenta para el costo máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su proveedor de atención primaria lo aprueben, ni tampoco que nos avise. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesariamente deben formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no se requiere autorización previa del plan para participar en un estudio de investigación clínica, recomendamos notificar dicha participación con antelación cuando se trate de ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare paga su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, (como una factura del proveedor), a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto establece un pago neto de \$10 por prueba, es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier persona inscrita en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención médica o tratamientos **no exceptuados** corresponden a la atención médica o tratamientos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención médica o tratamientos médicos **exceptuados** corresponden a la atención médica o tratamientos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - :y: debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican las restricciones respecto de la cobertura de Medicare para pacientes internados en un hospital (consulte el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas a los miembros por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos del equipo médico duradero, como prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de BayCarePlus Premier, por lo general, no tendrá posesión de los artículos de equipo médico duradero alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** No tendrá posesión incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del equipo médico duradero. Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no recibió la propiedad del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare

para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Una vez que se reincorpore a Medicare Original, deberá realizar 13 pagos consecutivos para adquirir el artículo. Los pagos que ya realizó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, **BayCarePlus Premier** cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de **BayCarePlus Premier** o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma compañía o irse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere nuevamente el pago de copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de **BayCarePlus Premier**. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos que paga de su bolsillo que pueden aplicarse por servicios cubiertos

Los tipos de costos que paga de su bolsillo que pueden aplicarse por servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. No tiene que pagar un deducible por los servicios médicos con **BayCarePlus Premier**. Consulte el Capítulo 6 para obtener información sobre los deducibles de medicamentos de la Parte D.
- **Copago:** monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o beneficiario calificado de Medicare a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$2,900.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas del plan y sus medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un símbolo † en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$2,900, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de **BayCarePlus Premier**, tiene una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, en el caso de emergencias o cuando se requiere atención urgente fuera del área de cobertura).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que **BayCarePlus Premier** cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si nuestro plan o un

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, proveedor de atención primaria) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026 [Medicare y Usted 2026]*. También puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención que recibe por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.


Información importante sobre beneficios para personas que reúnen los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos de Medicare, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.





Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.




Tabla de beneficios médicos



Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en un período de 90 días bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dura 12 semanas o más.• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).• No está relacionado con una cirugía.• No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p>	<p>\$20 de copago por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$200 de copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida o de vuelta.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios:</p> <p>procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$25 de copago por día por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación 	<p>\$20 de copago por cada consulta de servicios de quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.</p> <p>\$25 de copago por cada consulta al especialista cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. No se requiere coseguro ni copago para el examen de diagnóstico.</p>



Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección.</p> <ul style="list-style-type: none">• En el caso de los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo, a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computada.• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la persona.</p> <p>Ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios dentales preventivos e integrales a través de Delta Dental.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Los proveedores dentales contratados por Delta Dental están específicamente contratados para proporcionar servicios dentales preventivos e integrales (consulte a continuación). Por lo tanto, es posible que los proveedores dentales contratados por Delta Dental no tengan contrato con el plan (especialista médico contratado por el plan) para la prestación de servicios dentales cubiertos por Medicare. Una lista de procedimientos dentales específicos cubiertos por sus beneficios dentales complementarios se enumera después de esta tabla de beneficios. Para obtener más información sobre los servicios dentales, comuníquese con DeltaDental al 855-251-8965.</p>	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare:</p> <p>\$25 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare proporcionados por un especialista contratado.</p> <p>\$175 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare recibidos en un entorno de paciente internado.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios dentales preventivos Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando son proporcionados por un proveedor dental contratado por Delta Dental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos evaluaciones bucales periódicas cada año calendario • Un examen bucal integral cada tres años por proveedor o ubicación • Dos radiografías periapicales o un juego de radiografías de aleta de mordida cada año calendario • Una serie integral intrabucal o una radiografía panorámica cada dos años calendario • Dos aplicaciones tópicas de flúor cada año calendario 	<p>Servicios dentales preventivos † 0 % de coseguro por servicios dentales preventivos cubiertos.</p>
<p>Servicios dentales integrales: servicios de restauración; endodoncia; periodoncia; prostodoncia, extraíble; prostodoncia, fija; y cirugía bucal y maxilofacial.</p>	


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Máximo anual de \$3,000 para servicios dentales preventivos y completos combinados.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>†Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Servicios dentales integrales 0 % de coseguro para los siguientes servicios dentales integrales cubiertos:</p> <p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos empastes por cada año calendario • Un empaste por diente cada 24 meses <p>Servicios de endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos servicios de endodoncia por cada año calendario <p>Servicios de periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren dos procedimientos en cualquier combinación de los siguientes: raspado en presencia de inflamación gingival moderada o severa generalizada, mantenimiento periodontal y profilaxis <p>Prostodoncia, extraíble:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos recubrimientos de dentaduras postizas maxilares completas (directas) por año calendario • Dos recubrimientos de dentaduras postizas mandibulares completas (directas) por año calendario • Dos dentaduras postizas parciales maxilares rebasadas (directas) por año calendario

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios odontológicos (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Dos recubrimientos de dentaduras postizas parciales mandibulares (directos) por año calendario <p>Cirugía bucal y maxilofacial:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos extracciones por cada año calendario• Una extracción por pieza dental durante toda la vida <p>Coseguro del 50 % para los siguientes servicios dentales integrales cubiertos:</p> <p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dos coronas por cada año calendario• Un empaste por diente cada 5 años calendario <p>Prostodoncia, extraíble:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una dentadura postiza maxilar cada 5 años calendario• Una dentadura postiza mandibular cada 5 años calendario• Una dentadura postiza maxilar parcial cada 5 años calendario• Una dentadura postiza mandibular parcial cada 5 años calendario <p>Prostodoncia, fija:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una corona de retención por diente cada 5 años calendario• Un pónico por diente cada 5 años calendario

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos*</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Cuando los glucómetros y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia. • Se requiere autorización previa para los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de la marca Bayer o Ascensia cuando se obtienen en una farmacia. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Sin coseguro ni copago para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare, excepto según se indica a continuación:</p> <p>20 % de coseguro para plantillas o zapatos terapéuticos moldeados a medida cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>*Se requiere autorización previa para algunos artículos (p. ej., zapatos y plantillas para diabéticos moldeados a medida, bombas de insulina, monitores continuos de glucosa y sus suministros asociados, como sensores, filtros, receptores y lectores).</p>	


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>20 % de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es un coseguro del 20 % todos los meses. Después de 36 meses de pagos de alquiler, su costo compartido se convierte en un coseguro del 20 % del cargo de mantenimiento mensual. Si aún está en el plan después de 5 años de pagos, puede continuar con el mantenimiento de su equipo actual o solicitar recibir un equipo nuevo, y comenzará un nuevo período de alquiler de 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en BayCarePlus Premier había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en BayCarePlus Premier es un coseguro del 20 % de la tarifa de mantenimiento mensual.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando se reciben estos servicios dentro de la red.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$125 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>\$125 de copago por visitas internacionales de atención de emergencia.</p> <p>Si lo admiten en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que nuestro plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Este plan cubre los siguientes beneficios de educación sobre salud o bienestar:</p>	<p>\$0 de copago por programas educativos sobre salud y bienestar.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Membresía de acondicionamiento físico o clases de acondicionamiento físico a través del programa Silver&Fit®.</p> <p>La membresía incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Membresía en un centro de acondicionamiento físico (en centros de acondicionamiento físico participantes o en centros de YMCA seleccionados. Visite SilverandFit.com para encontrar ubicaciones participantes cerca de usted). Muchos gimnasios participantes o YMCA también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. *• Un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico.• Planes de entrenamiento: Responda algunas preguntas en línea sobre su nivel de acondicionamiento físico y objetivos para obtener entrenamientos que le ayuden a comenzar o continuar una rutina de ejercicios.• Club de bienestar: Al establecer sus preferencias para temas de bienestar en el sitio web, verá recursos adaptados a sus intereses y objetivos, incluidos artículos, videos, clases y eventos virtuales en vivo y grupos sociales. **• Asesoramiento para el bienestar: Puede participar en sesiones por teléfono, video o chat con un asesor capacitado donde puede analizar temas como el ejercicio, la nutrición y el aislamiento social.• Videos de entrenamiento a pedido en el sitio web de Silver&Fit• Un boletín trimestral• Un rastreador de actividad• La herramienta Silver&Fit Connected!™.	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Los miembros pueden elegir un kit de acondicionamiento físico en el hogar que se enviará por correo sin costo adicional.</p> <p>Los kits de acondicionamiento físico en el hogar disponibles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kit de fortalecimiento con tubos de resistencia - Kit de tonificación con pelota de pilates - Kit de yoga con colchoneta - Kit de cuidado personal con un rodillo de espuma - Kit de caminata con podómetro <p>*Los kits de acondicionamiento físico en el hogar están sujetos a cambios</p> <p>*Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán.</p> <p>**American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, avales ni patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Es posible que algunos clubes requieran un cargo para inscribirse.</p> <p>Estos cargos no forman parte de los programas Silver&Fit y no serán reembolsados por ASH Fitness.</p> <p>El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con permiso en el presente documento. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. La participación en el centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits están sujetos a cambios.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de diagnóstico • Examen auditivo de rutina (uno por año) • Hasta dos audífonos por año calendario (uno por oído, por período). Los exámenes de audición de rutina y los audífonos deben obtenerse del proveedor de audición contratado por el plan, TruHearing. <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste y evaluación inicial de audífonos • Un año después de la compra, visitas de seguimiento al proveedor para ajuste y adaptación • Prueba sin riesgo de 60 días • Garantía de 3 años para reparaciones • Garantía de reemplazo de 3 años por pérdida o daño irreparable (pueden aplicarse cargos del fabricante y reprogramación) • Opción de audífono recargable (adicional de \$50 por audífono) • Opciones de color y estilo • 80 baterías gratuitas por audífono no recargable <p>TruHearing es el proveedor exclusivo de los audífonos TruHearing Advanced y TruHearing Premium. Los copagos por audífonos se aplican solo a los productos TruHearing.</p>	<p>\$25 de copago por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y relacionados con el equilibrio a través de un especialista dentro de la red.</p> <p>\$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año calendario proporcionado por TruHearing.</p> <p>\$599 de copago por audífono para la tecnología TruHearing Advanced o \$899 de copago por audífono para la tecnología TruHearing Premium.†</p>
<p>† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención de enfermería especializada, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>\$0 de copago por visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere una remisión de su proveedor de atención primaria para todas las visitas.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Tratamiento de infusión en el hogar*</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>20 % de coseguro para los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare utilizados para el tratamiento de infusión.</p> <p>20 % de coseguro para suministros y equipos cubiertos por Medicare utilizados para el tratamiento de infusión.</p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, y no BayCarePlus Premier.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
-------------------	-------------

Atención en un hospicio (continuación)

programas de hospicio certificados por Medicare en nuestra área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.
- Atención de alivio a corto plazo.
- Atención a domicilio.


Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido según lo establece por Medicare Original.	
<p>Para los servicios cubiertos por BayCarePlus Premier, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: BayCarePlus Premier seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p>	
<p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido.</p>	
<p>Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. (Consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 para obtener más información).</p>	
<p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de la cobertura de beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados*</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico.</p>	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, cada vez que lo admiten, su copago es:</p>



Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <p>El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago por día, por estadía: Días 1 a 6. • \$0 de copago por día, por estadía: Días 7 en adelante. <p>El beneficio se aplica a cada admisión.</p> <p>Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días de hospitalización por año calendario.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)*</p> <ul style="list-style-type: none">• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BayCarePlus Premier brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante,	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)*</p> <ul style="list-style-type: none">• coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite.• Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización en un hospital psiquiátrico.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>Por cada hospitalización en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare, cada vez que lo admiten, su copago es:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$175 de copago por día, por estadía: Días 1 a 6.• \$0 de copago por día, por estadía: Días 7 en adelante. <p>El beneficio se aplica a cada admisión.</p> <p>La cobertura incluye una cantidad ilimitada de días de internación psiquiátrica por año calendario.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos • Dispositivos protésicos y suministros relacionados <p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Beneficio de comidas</p> <p>El beneficio cubre 28 comidas (2 comidas por día durante 14 días) entregadas directamente en el hogar después de cada alta de una estadía como paciente internado en un centro de atención de enfermería especializado o agudo. Límite anual de 2 altas para un total de 56 comidas por año. Debe usar GA Foods. Tras el alta, un representante se comunicará con usted para coordinar.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada comida.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión mientras recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué tomografías y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. 	<p>\$35 de copago por un suministro de insulina para un mes</p> <p>0 % y 20 % de coseguro para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B.</p> <p>0 % y 20 % de coseguro para otros medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>20 % de coseguro para insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. <p>A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare• Medicamentos calcimiméticos aglutinantes de fosfato según el sistema de pago de la enfermedad renal terminal, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetin alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas). <p>También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de la cobertura de beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>*Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a autorización previa.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$25 de copago por visita para servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudios arteriovenosos ○ Electrocardiograma (EKG) ○ Electroencefalograma (EEG) ○ Electromiografía ○ Estudio Doppler ○ Estudios de conducción nerviosa ○ Pruebas neuropsicológicas ○ Prueba de la función pulmonar ○ Ecografía ○ Estudio del sueño ○ Prueba de esfuerzo 	<p>\$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para servicios de radiología con fines terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$90 de copago por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías).</p> <p>\$0 de copago por mamografías de diagnóstico.</p> <p>\$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare, incluidas colonoscopias.</p>
<p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>\$95 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos*</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare proporcionados por proveedores designados dentro de la red 340B (hematología, oncología, reumatología, endocrinología, gastroenterología y neurología).</p> <p>\$95 de copago por servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare proporcionados por todos los demás proveedores dentro de la red.</p> <p>\$95 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50 de copago por cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención de salud mental para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Estos servicios incluyen estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) realizada en el consultorio de un proveedor y visitas para el ajuste de medicamentos.</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$25 de copago por servicios de salud mental individuales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por servicios de salud mental grupales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por servicios psiquiátricos individuales cubiertos por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por servicios psiquiátricos grupales cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>\$25 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por cada visita de fisioterapia o de patología del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere una remisión de su proveedor de atención primaria para todas las visitas de terapia.</p> <p>Nota: Se aplicará un copago separado para terapia ocupacional si se prestan otros servicios de terapia para pacientes externos el mismo día.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento individual por abuso de sustancias para pacientes externos • Tratamiento grupal por abuso de sustancias para pacientes externos <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>\$25 de copago por cada consulta individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada consulta grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p>	<p>\$50 de copago por cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>\$95 de copago por cirugía en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.</p> <p>\$95 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico.</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Recibirá fondos trimestrales (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre) que le permitirán comprar artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) cubiertos. Para ver los detalles del programa puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/BayCare, descargar la aplicación móvil Healthy Benefits+ o llamar al 1-833-818-9092 (TTY 711). Puede comprar artículos OTC cubiertos en tiendas minoristas participantes, en línea o por teléfono. El beneficio se administra trimestralmente y se limita a 2 pedidos por trimestre. Los fondos OTC vencen al final de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). La asignación restante no se transfiere de un trimestre a otro. Si finaliza la cobertura con el Plan, el beneficio de OTC finaliza.</p> <p>† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Crédito trimestral de \$150†</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos*</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage And Family Therapist's, LMFT) o en un consultorio de un consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensa que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage And Family Therapist's, LMFT) o en un consultorio de consejeros profesionales autorizados, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>\$55 de copago por día para programas intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico lo indica para determinar si necesita tratamiento médico 	<p>\$0 de copago por cada consulta al proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por cada visita a un especialista u otra visita a un profesional de atención médica cubierta por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para inyecciones de medicamentos</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud incluyen: médicos de atención primaria y especialistas selectos, así como en servicios de terapia (terapia ocupacional, física, del habla), salud mental, psiquiatría y abuso de sustancias. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Servicios adicionales proporcionados a través de BayCareAnywhere™: visita virtual al médico/telemedicina. Los miembros pueden usar la aplicación del sitio web desde su teléfono, tableta o computadora. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. 	<p>de la Parte B o equipo médico duradero y prótesis u órtesis si son suministradas por el médico, además del copago de visita al consultorio</p> <p>Los mismos requisitos de copago, de autorización previa y de remisión para las consultas en persona se aplican a las consultas virtuales o de telesalud.</p> <p>De \$0 a \$25 de copago por cada consulta virtual/de telesalud.</p> <p>\$20 de copago por consulta virtual al médico, a través de BayCareAnywhere™, limitado a 4 consultas por año.</p>



Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>\$25 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. <p>Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla).</p> <p>*Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>20 % de coseguro para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para otros suministros médicos relacionados</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>\$25 de copago por día por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación de diálisis en el hogar (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p>	<p>\$0 de copago por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para diálisis renal cubierta por Medicare.</p>


Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse SNF).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).	<p>Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, cada vez que lo admiten, su copago es:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 de copago por día, por estadía: Días 1 a 20.• \$175 de copago por día, por estadía: Días 21 a 100. <p>Un período de beneficios comienza el primer día que es admitido como paciente hospitalizado en un hospital o SNF. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtiene en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>La admisión en un centro de un SNF nuevo o diferente dentro del mismo período de beneficios puede iniciar una nueva estadía para fines de administración de copagos.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consume tabaco, independientemente de si muestra signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para enfermedad arterial periférica en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la enfermedad arterial periférica. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>\$25 de copago por servicios de tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Transporte: que no sea de emergencia</p> <p>Veinticuatro (24) viajes de ida o vuelta a lugares aprobados por el plan por año, proporcionados por el proveedor de transporte de la red. Los servicios deben programarse con 24 horas de anticipación.</p> <p>El miembro debe especificar si necesita asistencia para subir y bajar del vehículo o si necesita un tipo de vehículo específico, en el momento de la cita. Las opciones incluyen automóvil, furgoneta o vehículo con acceso para sillas de ruedas.</p> <p>Comuníquese con WTS al (844) 545-1006 para obtener más información.</p>	<p>No se requiere copago para cada viaje de ida o vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias, (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	<p>\$20 de copago por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p> <p>\$125 de copago por visitas internacionales de atención de emergencia o urgencia fuera de los EE. UU. No se aplica el copago para la cobertura de emergencia en todo el mundo si es admitido en el hospital.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. 	<p>Cubierto por Medicare</p> <p>\$25 de copago por cada visita a un especialista, como un oftalmólogo u optometrista, para recibir beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de retinopatía</p>

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>diabética cubierto por Medicare realizado por un especialista, como un oftalmólogo u optometrista.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por 1 par de anteojos cubiertos por Medicare, que incluye marco y lentes de plástico, O lentes de contacto cubiertos por Medicare (después de cada cirugía de cataratas).</p>
<p>**Todos los anteojos y lentes de contacto, incluidas las refracciones de la vista para determinar cambios en su visión o la necesidad de anteojos o lentes de contacto, incluso si se somete a una cirugía de cataratas, deben obtenerse a través de un proveedor de atención de la vista de EyeMed.</p>	

Servicio cubierto	Lo que paga
<p><u>Atención de la vista de rutina</u></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente cuando los realiza un proveedor de atención de la vista de EyeMed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista anual de rutina para determinar cambios en su visión o la necesidad de anteojos o lentes de contacto. • Refracciones de la vista durante un examen de rutina. • Lentes y marcos de anteojos o lentes de contacto <p>Los proveedores de servicios de la vista de rutina dentro de la red no requieren una remisión.</p> <p>Para obtener servicios adicionales, hable con su proveedor de atención de la vista de EyeMed para obtener descuentos †</p> <p>† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p><u>Atención de la vista de rutina</u></p> <p>\$0 de copago por hasta un (1) examen de la vista de rutina por año calendario.</p> <p>\$0 de copago por un (1) examen de la vista posterior a una catarata</p> <p>\$0 de copago por hasta 1 par de anteojos (marcos, lentes y opciones de lentes) o lentes de contacto por año calendario. †</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 por año calendario para anteojos (marcos, lentes y mejoras u opciones de lentes) o lentes de contacto†</p> <p>Los montos que superen la asignación no están cubiertos. †</p> <p>Usted es responsable del 100 % del cargo de ajuste y seguimiento de los lentes de contacto.†</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare (continuación)</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que quiere programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	
<p>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</p> <p>BayCarePlus Premier ofrece cobertura internacional de emergencia/urgencia como beneficio complementario para nuestros miembros. La cobertura internacional está disponible solo para servicios de urgencia y servicios de emergencia. Para obtener información sobre los servicios de urgencia o servicios de emergencia internacionales, puede comunicarse con el plan para obtener más detalles sobre cómo acceder a este beneficio.</p>	<p>\$125 de copago por servicios de urgencia cubiertos por Medicare recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> <p>\$125 de copago por visitas internacionales a la sala de emergencias.</p> <p>No se aplica el copago para la cobertura internacional de emergencia si es admitido en el hospital.</p>

Beneficios dentales del plan de salud BayCare 2026

Su plan cubre los servicios enumerados en el siguiente cuadro cuando se reciben de un proveedor de la red. Existe un máximo de cobertura anual del plan de \$3,000 por los servicios enumerados.

Para obtener más información sobre los proveedores de nuestra red dental, llame a Servicios para Miembros de Delta Dental al 1-855-251-8965.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**DESCRIPCIONES Y CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS DENTALES**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D0120	Evaluación bucal periódica	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0140	Evaluación bucal limitada	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0150	Evaluación bucal integral	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0210	Intrabucal: serie completa de radiografías	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0220	Intrabucal: primera radiografía periapical	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0270	Radiografía de aleta de mordida: una sola radiografía	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0272	Radiografías de aleta de mordida: dos radiografías	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0273	Radiografías de aleta de mordida: tres radiografías	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0274	Radiografías de aleta de mordida: cuatro radiografías	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D0330	Radiografía panorámica	Diagnóstico	100 %	Sin cobertura
D1110	Profilaxis: adulto	Preventivo	100 %	Sin cobertura
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Preventivo	100 %	Sin cobertura
D1208	Aplicación tópica de flúor, sin incluir barniz	Preventivo	100 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D2140	Amalgama: una superficie, diente primario o permanente	Básico	100 %	Sin cobertura
D2150	Amalgama: dos superficies, diente primario o permanente	Básico	100 %	Sin cobertura
D2160	Amalgama: tres superficies, diente primario o permanente	Básico	100 %	Sin cobertura
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, diente primario o permanente	Básico	100 %	Sin cobertura
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, diente anterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, diente anterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, diente anterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies (diente anterior)	Básico	100 %	Sin cobertura
D2390	Corona de compuesto de resina, diente anterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, diente posterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, diente posterior	Básico	100 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, diente posterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, diente posterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D2710	Corona de compuesto de resina (indirecta)	Principal	50 %	Sin cobertura
D2712	Corona, 3/4 de compuesto de resina (indirecta)	Principal	50 %	Sin cobertura
D2720	Corona de resina con alto contenido de metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2721	Corona de resina con metal base predominantemente	Principal	50 %	Sin cobertura
D2722	Corona de resina con metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2740	Corona de porcelana/cerámica	Principal	50 %	Sin cobertura
D2750	Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2751	Corona de porcelana fundida con metal base predominantemente	Principal	50 %	Sin cobertura
D2752	Corona, porcelana fundida a metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2753	Corona, porcelana fundida a titanio o aleación de titanio	Principal	50 %	Sin cobertura
D2780	Corona, 3/4 de fundición de metal noble alto	Principal	50 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D2781	Corona, 3/4 de fundición de metal base predominantemente	Principal	50 %	Sin cobertura
D2782	Corona, 3/4 de fundición de metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	Principal	50 %	Sin cobertura
D2790	Corona, fundición completa de metal noble alto	Principal	50 %	Sin cobertura
D2791	Corona, fundición completa de metal base predominantemente	Principal	50 %	Sin cobertura
D2792	Corona, fundición completa de metal noble	Principal	50 %	Sin cobertura
D2794	Corona, titanio y aleación de titanio	Principal	50 %	Sin cobertura
D2976	Estabilización de banda, por diente	Básico	100 %	Sin cobertura
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye restauración final)	Básico	100 %	Sin cobertura
D3320	Terapia de endodoncia, diente bicúspide (no incluye restauración final)	Básico	100 %	Sin cobertura
D3330	Terapia de endodoncia, molar (no incluye restauración final)	Básico	100 %	Sin cobertura
D3346	Retratamiento de terapia de conducto radicular anterior: anterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D3347	Retratamiento de terapia de conducto radicular anterior: bicúspide	Básico	100 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D3348	Retratamiento de terapia de conducto radicular anterior: molar	Básico	100 %	Sin cobertura
D4341	Raspado y alisado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Básico	100 %	Sin cobertura
D4342	Raspado y alisado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante	Básico	100 %	Sin cobertura
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después de la evaluación bucal	Preventivo	100 %	Sin cobertura
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales en la visita posterior	Básico	100 %	Sin cobertura
D4910	Mantenimiento periodontal	Básico	100 %	Sin cobertura
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Principal	50 %	Sin cobertura
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	Principal	50 %	Sin cobertura
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Principal	50 %	Sin cobertura
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Principal	50 %	Sin cobertura
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	Principal	50 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes convencionales)	Principal	50 %	Sin cobertura
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, descansos y dientes)	Principal	50 %	Sin cobertura
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, descansos y dientes)	Principal	50 %	Sin cobertura
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	Básico	100 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	Básico	100 %	Sin cobertura
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	Básico	100 %	Sin cobertura
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	Básico	100 %	Sin cobertura
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción del hueso o el corte del diente, e incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si se indica.	Básico	100 %	Sin cobertura
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	Básico	100 %	Sin cobertura
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente óseo	Básico	100 %	Sin cobertura
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	Básico	100 %	Sin cobertura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES DE MEDICARE PPO	FUERA DE LA RED PROVEEDORES AJENOS A MEDICARE
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Básico	100 %	Sin cobertura
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	Básico	100 %	Sin cobertura
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente	Básico	100 %	Sin cobertura
D7284	Biopsia excisional de glándulas salivales menores	Básico	100 %	Sin cobertura

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	<p>Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</p> <p>Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.</p>
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	<p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización como paciente interno.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	No cubiertos en ninguna situación
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con montura estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta un lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de la Parte D

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados de hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que sea válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2 o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de proveedores y directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>) o llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de proveedores y directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de atención a

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

largo plazo, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor> o llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con las letras “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite **un suministro de 100 días** para los medicamentos del Nivel 1 al Nivel 4 y no más de **un suministro de 30 días** para los medicamentos del Nivel 5.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a nuestro Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (TTY 711).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 14 días como máximo. Si su pedido se retrasa, comuníquese con Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (TTY 711) y le ayudarán a obtener un suministro a corto plazo de su medicamento.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el envío automático de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al Centro de Atención de Birdi, Inc. al 855-873-8739 (TTY: 711).

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

- Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al Centro de Atención de Birdi, Inc. al 855-873-8739 (TTY: 711).

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Para excluirse del envío automático de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo Birdi, Inc. llamando al 1-855-873-8739 o enviando un correo electrónico a Birdi, Inc. en customerservice@birdirx.com.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que sus medicamentos actuales se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor> le indica qué farmacias

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicio al Cliente al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestras áreas de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.
- Si está intentando surtir un medicamento con receta que no suele estar en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es uno de los medicamentos cubiertos que se puede suministrar y administrar en el consultorio del médico.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la **Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6 se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

- Visite el sitio web del plan Member.BayCarePlus.org. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para Member.BayCarePlus.org para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de**

decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/baycareplus-medical-criteria-policy>.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web Member.BayCarePlus.org.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma o que usted y su proveedor creen que debe tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos tiene restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento que pueda tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones que puede considerar:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

- **Para los miembros que han sido miembros de nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención (entorno) podrán recibir un suministro de transición de hasta 31 días por única vez por medicamento.

Por ejemplo, los miembros que:

- Ingresan a centros de atención a largo plazo (LTC) de hospitales a veces están acompañado de una lista de medicamentos de alta del formulario del hospital, teniendo en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo menos de 8 horas).
- Reciben el alta de un hospital a su hogar.
- Finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver al formulario de su plan de la Parte D.
- Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y regresan a la comunidad.

Si un miembro tiene más de un cambio en el nivel de atención en un mes, la farmacia tendrá que llamar a BayCare Health Plans para solicitar una extensión de la política de transición.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte a su proveedor si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que

usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 que explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Sección 5.1 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 que explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5: Medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de marca o si estamos agregando ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o sobre el que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de

cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que tome (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta se *excluyen*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto en el caso de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exige, como condición de venta, que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Nuestro plan cubre cantidades limitadas de ciertos medicamentos genéricos orales utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil (Erectile Dysfunction, ED) al nivel de costo compartido del Nivel 2. Además, hay un beneficio de venta libre (OTC) que cubre algunos medicamentos sin receta. Consulte la Sección 4 para obtener más información. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6 del Capítulo 6, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Si **recibe Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, esta no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Busque los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan, (que puede encontrarse en su tarjeta de miembro), en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** Puede **solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar** del costo del medicamento. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *directorio de proveedores y directorio de farmacias* [en https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor](https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor) para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de centros de atención a largo plazo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura de nuestro plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para ayudar a nuestros miembros a asegurarse de que reciben una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que tome.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar medicamentos

Tenemos un programa programas que puede(n) ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro Un programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es Estos programas son voluntario(s) y gratuito(s). Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa los programas para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un programa de administración de medicamentos para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*) que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicio al Cliente al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (Member.BayCarePlus.org), el costo que ve muestra una estimación de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- **Deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible.
 - La etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
 - Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de Ayuda adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$2,100 en el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre]
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos, usted está obligado a informar a nuestro plan llamando al Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Realizar un seguimiento de sus costos totales que paga de su bolsillo

- El *informe de la Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto total de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *Explicación de beneficios de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de BayCarePlus Premier

Hay 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos según BayCarePlus Premier. La cantidad que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando se surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud sindicato o empleador, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D*. La *Explicación de beneficios de la Parte D* incluye lo siguiente:

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto mostrará el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto mostrará información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos.

Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando pague un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos que paga de su bolsillo por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Pagará un deducible anual de \$90 por los medicamentos *de los Niveles 3, 4 o 5*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 o 5** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de suministro para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$90 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 o 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su copago o monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
 - Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
 - Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)
 - Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Nuestra farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y directorio de farmacias* de nuestro plan en <https://baycare.org/medicare-advantage-plans/find-a-doctor>.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro *para un mes* de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro *para un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (centro de atención a largo plazo) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	Un suministro de 30 días no está disponible para pedidos por correo.	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$10 de copago	Un suministro de 30 días no está disponible para pedidos por correo.	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$47 de copago	Un suministro de 30 días no está disponible para pedidos por correo.	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	33 % de coseguro	Un suministro de 30 días no está disponible para pedidos por correo.	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (especialidad)	32 % de coseguro	32 % de coseguro	32 % de coseguro	32 % de coseguro

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a *largo plazo* (90 o 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 a 100 días.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro a *largo plazo* (de 90 a 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 o 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 90 o 100 días)
Nivel 1 de costo compartido <i>(medicamentos genéricos preferidos)</i>	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido <i>(medicamentos genéricos)</i>	\$30 de copago	\$30 de copago
Nivel 3 de costo compartido <i>(medicamentos de marca preferidos)</i>	\$141 de copago	\$121 de copago
Nivel 4 de costo compartido <i>(medicamento no preferido)</i>	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido <i>(especialidad)</i>	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5

No pagará más de \$70 [X] por un suministro de hasta dos meses o \$105 [X] para un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido [X], incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de los costos que paga de su bolsillo.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzaron el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio al Cliente de la Parte D al (888) 741-5002 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de **pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, podría tener que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que pagó más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya efectuó.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

7. Viajes al extranjero fuera de los Estados Unidos, incluidos cruceros

Cubriremos los servicios internacionales necesarios de urgencia y emergencia cuando se proporcionen en un crucero y cuando viaje fuera de los Estados Unidos.

- La cobertura internacional fuera de los Estados Unidos o en un crucero está disponible dentro de su plan solo para servicios de emergencia y urgencia.
- Los costos compartidos para los servicios de emergencia y urgencia necesarios que se proveen fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se proveen dentro de la red. Solo le cobraremos el monto del costo compartido dentro de la red.
- Guarde su recibo o el itinerario de su barco mostrando todos los cargos y envíenos una copia. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó; pagaremos nuestra parte del costo.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede pedirnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

Datos requeridos para tomar una decisión

- Fecha del servicio
- Nombre y dirección del proveedor
- Identificación Fiscal/NPI del proveedor

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Descripción de los servicios
- Descripción de la enfermedad/lesión
- Registros clínicos/Resumen de la admisión de pacientes internados
- Lista completa de cargos para cada servicio
- Recibo pagado detallado con montos cobrados
- Comprobante de pago del banco/tarjeta de crédito
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (Member.BayCarePlus.org) o llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a la dirección a continuación:

Solicitudes de pago de la Parte C:
BayCare Health Plans
P.O. Box 30764
Tampa, FL 33630

Solicitudes de pago de la Parte D: BayCare Health Plans
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean el inglés, en braille, tamaño de letra grande, otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas que no sean el inglés, incluidos el español y el braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicio al Cliente al (866) 509-5396 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (proveedor de atención primaria) de la red de nuestro plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

Tiene derecho a programar citas con la red de proveedores de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica e información de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice (Aviso sobre prácticas de privacidad)*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

- Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *BayCarePlus Premier*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por firmar o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante:

Agency for Healthcare Administration
2727 Mahan Dr.
Tallahassee, FL. 32308
(888) 419-3456
TTY: 1-800-955-8771

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y* que *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- **Llame a Servicios para Miembros** al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)
- **Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguro médico local** al (800) 963-5337 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8770)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)
- Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguro médico local al (800) 963-5337 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8770)
- Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura médica u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar nuestras primas del plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, (también denominado reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a identificar los términos adecuados que le permitan obtener la asistencia o información correcta, incluimos estos términos legales al proporcionar detalles sobre el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe

llamar a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En Florida, el programa estatal de asistencia sobre seguro médico es Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE). En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio y no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede pedir una **apelación rápida o acelerada** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente no conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
 - Para los medicamentos de atención médica de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede pedir una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un**

abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2**
2. Nuestro plan no autorizó la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe ir las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede *solicitar cobertura solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.**
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de lo que pidió**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que pidió**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio

médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

Término Legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que concuerda con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explica la decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por concepto de atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no está* cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte e Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo pedir una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, **pedir una excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos de marca del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción a

usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor es el monto que le corresponde pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para pedir una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

La Lista de medicamentos, generalmente, incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está pidiendo y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general

no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere**

que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándar.
- Que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web Member.BayCarePlus.org. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, la información de contacto y la información que muestra la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si pide que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días** calendario después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario.

Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídaenos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (800)788-2949.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de redeterminación modelo de los *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*, que está disponible en nuestro sitio web.

Member.BayCarePlus.org. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- Las solicitudes también se pueden enviar electrónicamente utilizando el Formulario seguro en línea de Solicitud de determinación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare en nuestro sitio web en Member.BayCarePlus.org, en la pestaña Documents (Documentos).
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para pedir una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término Legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días**

calendario después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que pidió,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del programa estatal de asistencia sobre seguro médico se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si no cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta.** Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta,** puede llamar a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.**
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen restricciones respecto de la cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos) que estén cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**Término Legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Pedir una apelación rápida es una forma legal y formal de pedir un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo pedir una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del programa estatal de asistencia sobre seguro médico se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado puede buscarlos en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que da detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le da nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un *centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)* después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir

esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen restricciones respecto de la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser correcta para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones se han rechazado.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera en los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a

apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelarse esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelarse la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelarse la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser correcta para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones se han rechazado.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera en los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o mediador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o no.
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o no.
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si pidió una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidió que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- El primer paso suele ser llamar a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si desea interponer un reclamo (queja), debe hacer lo siguiente:**
 - Llame a Servicio al Cliente al (866) 509-5396 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
 - Enviar su reclamo por escrito a:

BayCare Health Plans
P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
- Para ayudarnos a procesar su reclamo por escrito (queja), asegúrese de que su reclamo por escrito incluya lo siguiente:
 - Su nombre y apellido
 - Número de identificación del miembro
 - Toda la información pertinente, incluido un resumen de la queja, cualquier contacto anterior con nosotros relacionado con la queja y cualquier documento de respaldo que considere apropiado.
 - La acción que nos solicita
 - Una firma suya o de su representante autorizado y la fecha. Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al (866) 509-5396 (TTY 711) y pida el *formulario de Nombramiento de representante*. Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>.

El formulario le da permiso a esa persona para presentar un reclamo en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre y el Plan debe tener una copia del formulario.
- Si presenta un reclamo acelerado, debemos responderle dentro de las 24 horas. Lo mejor es llamar a Servicio al Cliente al (866) 509-5396 (TTY 711) si desea solicitar una revisión rápida de su reclamo. Puede solicitar un reclamo acelerado si su reclamo se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Extendimos el plazo para tomar una determinación o apelación inicial, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
 - Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una determinación inicial acelerada o apelación, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
- Si presenta un reclamo estándar, debemos responderle dentro de los 30 días.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre BayCarePlus Premier directamente ante Medicare Para presentar una queja ante Medicare consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en **BayCarePlus Premier** puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta,
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de **BayCarePlus Premier** pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (centro de atención a largo plazo)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los **períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en el plan BayCarePlus Premier se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Su inscripción en el plan BayCarePlus Premier se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en el plan BayCarePlus Premier se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.
- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BayCarePlus Premier debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

BayCarePlus Premier debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No

podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o quiere recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

BayCarePlus Premier no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), **BayCarePlus Premier**, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos externos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de **BayCarePlus Premier**, solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya obtenido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (consulte “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio médico o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto del deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Capítulo 12 Definiciones

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está pidiendo (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de la prima de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP) SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP), y SNP institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por nuestras primas del plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u recibir cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services And Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes de Programas de atención integral para las personas de edad avanzada reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o cobertura para medicamentos con receta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, proveedor de atención primaria): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos, basada en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y planes de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias, (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de BayCarePlus Premier

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Llame al	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil. Servicios para Miembros (866) 509-5396 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre y los días feriados. Deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día hábil.
Fax	(877) 832-5757
Escriba a	BayCare Health Plans P.O. Box 30764 Tampa, FL 33630
Sitio web	Member.BayCarePlus.org

Serving Health Insurance Needs of Elders (programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto del programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Florida (SHINE)
Llame al TTY	Número gratuito (800) 963-5337 (800) 955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	FloridaSHINE.org

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA)** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Servicios para Miembros

Llame a la línea gratuita: (866) 509-5396

TTY: 711

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Escriba:

BayCare Health Plans
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

Página web: Member.BayCarePlus.org

Programa de Asistencia de Salud

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), atendiendo las necesidades de seguro médico de las personas mayores, es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería local gratuita sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Información de Contacto de SHINE

Llame: (800) 963-5337

TTY: (800) 955-8770

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Escriba:

4040 Esplanade Way, Suite 270
Tallahassee, FL 32399-7000

Página web: FloridaShine.org

Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA), la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a:

CMS
7500 Security Blvd.
Mail Stop C4-26-05
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: PRA Reports Clearance Officer

